

CONCEPCIÓN DE “RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL” EN EL CUIDADO DE LA SALUD COMO BARRERA DE ACCESIBILIDAD SIMBOLICA AL SISTEMA DE SALUD EN EL DISCURSO DE LOS USUARIOS POBRES DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Yamila Comes, Alicia Stolkiner

1. Introducción

El trabajo que se desarrollará a continuación se enmarca en un proyecto UBACyT titulado: “**Reforma en salud en la Ciudad de Buenos Aires: Modificaciones en las representaciones y prácticas de trabajadores y usuarios NBI del sector**” cuya directora es la Profesora Alicia Stolkiner.

El mismo es parte de la Beca de Doctorado de la Lic. Yamila Comes otorgada por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UBA que se titula: “**Accesibilidad a los servicios de salud en el Area Metropolitana de Buenos Aires (AMBA): Análisis de prácticas y representaciones en grupos seleccionados**” y que dirige la Prof. Alicia Stolkiner. La Tesis de Doctorado está siendo dirigida por la Dra. Dora Barrancos. Se trata del primer avance de la citada Tesis.

El **objetivo General** del Proyecto propone analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad que se expresa en la noción de “derecho a la salud” en su significación de derecho a la atención de la salud, que sustentan los usuarios con NBI del Area metropolitana Buenos Aires (AMBA) y describir las prácticas de cuidado de la salud que despliegan (el ejercicio del derecho) en el contexto de la Reforma del Sector Salud y las particularidades de la descentralización política y administrativa de los Servicios de Salud del AMBA

En este trabajo se hará especial hincapié en el concepto de Responsabilidad individual del cuidado de la salud como parte de la noción de Derecho a la Salud y sus congruencias o antagonismos con los discursos de las entrevistadas del AMBA.

Se trata de un **Estudio Descriptivo** que se inscribe en una línea de desarrollo teórico que pretende la articulación entre procesos económicos, institucionales y la vida cotidiana para obtener elementos de análisis de la dinámica de utilización de los servicios de salud de los usuarios con NBI. (Stolkiner, A. 1994).

Se trabajó con **técnicas cualitativas**; se tomaron entrevistas a usuarios de hospitales públicos del AMBA y se indagaron las representaciones y concepciones sobre el Derecho a la atención de la Salud y se indagaron prácticas de utilización de servicios donde estuviera en juego la idea de derecho a la atención de la salud.

Para organizar el desarrollo del trabajo, en primer lugar se revisará el concepto de Accesibilidad y su dimensión simbólica, también los “puntos de vista” sobre el alcance del derecho a la salud, que, posiblemente estarían formando parte de los universos simbólicos de los entrevistados especialmente en lo que respecta al concepto de “responsabilidad individual”. Se analizarán los discursos de las entrevistadas y sus referencias a esta especial dimensión que forma parte del derecho a la salud.

2. Desarrollo

2.1 El concepto de accesibilidad y sus dimensiones

El concepto de Accesibilidad surge a partir de los años 60, en plena época desarrollista. En el momento en el que se considera a la Planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud. Es una época donde se da importancia a los instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública y este concepto no escapa a estas dimensiones.

Es por ésta razón que es muy utilizado de ahí en adelante, sin embargo no ha sido un concepto donde se hayan vertido extensos contenidos teóricos, sino mas bien, según la revisión documental realizada para indagarlo, se lo define simplifícadamente y sin citar autores ni definir puntos de vista.

G. Hamilton la define como “ la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole”. (Hamilton, G: 2001)

Otero (Otero y Otero, 2003) Realiza en la página Web sobre auditoria en Salud en el Perú, un Glosario terminológico y se refiere a la accesibilidad como a la “*posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud*”. y para medirla utiliza el siguiente estadígrafo “*Número de establecimientos de salud que ejecutan un programa / Número total de establecimientos existentes x 100*”. (Otero y Otero, 2003)

En una entrevista con un informante calificado de OPS realizada específicamente para obtener definiciones del término, el Dr. Azevedo define a la accesibilidad como *la posibilidad de ser atendidos* (Azevedo, 2001)¹. Otros autores incluyen que la atención debe ser de “*manera oportuna*”²

El instituto Centroamericano de la Salud, en un documento que publica sin citar al autor la define como “*la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud*” (en <http://www.icas.net/modulo4.htm>).

Queda claro que en el concepto de accesibilidad se articulan dos actores del Sistema de Salud: los sujetos y los servicios y lo que se pone en juego es la posibilidad que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan. Si esto es así, también se pone en juego, del lado de los servicios, la disponibilidad para contener “sujetos necesitados de atención”.

Por lo tanto la definición que con mayor claridad refleja esta situación es la de Stolkiner, cuando plantea: La Accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner y Otros, 2000) Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000: 282)

La posibilidad de plantearla en éstos términos es la que permite pensar que la accesibilidad se construye, por lo tanto el encuentro entre ambos actores es el que nos estará informando sobre la forma particular que adquirió la misma.

Esta definición parte de la consideración de Bourdieu que plantea que las ciencias sociales son ciencias relacionales (Bourdieu Pierre y Wacquant L J D, 1995)

¹ Azevedo (2001): Entrevista con informante Calificado de la OPS Dr. Azevedo. Buenos Aires, marzo de 2001.

² Definición comentada Por J. Samaja – 1996.

Entonces la accesibilidad tendría una dimensión subjetiva que sería necesario indagar, es decir, los sujetos pondrían en juego vivencias, saberes contruidos, sentires, percepciones, etc. en la construcción de esta posibilidad. (Entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la étnias, de modos de disciplinamiento, etc. O sea, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo).

Los autores revisados coinciden en dividir la accesibilidad en algunas dimensiones. Las mismas se resumen en las siguientes:

- ? Geográfica
- ? Económica o financiera
- ? Organizacional u organizativa
- ? Cultural o simbólica

Accesibilidad geográfica: Hamilton (Hamilton G. 2001) iguala este concepto a de “acceso a servicios de salud” del PNUD (PNUD 1997) y lo define como “ *el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales. Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes, es decir un componente fundamental del concepto de cobertura*”

Para esta autora esta dimensión supone la “*existencia de una oferta oportuna y sistemática de los servicios adecuados a la cantidad y a la estructura del volumen y a las características de las necesidades de la población, y a la naturaleza de las necesidades o problemas de la población en materia de salud*”.

Es interesante esta definición de accesibilidad geográfica porque pone de manifiesto otro de los componentes implícitos del concepto en todas sus dimensiones. Siempre que exista esta oferta de servicios y la población por algún motivo no pueda acceder, se estará hablando de barreras de accesibilidad sin embargo, si no existiera la oferta, ya no sería un problema de accesibilidad sino mas bien del terreno de la justicia o de la equidad. (Azevedo 2001)

Entonces, será necesario tomar este concepto, haciendo dicha salvedad en su definición ya que sino se puede caer en el error, por ejemplo de plantear en un lugar donde no existan servicios, que no existen problemas de accesibilidad.

Por otro lado, el concepto de accesibilidad está íntimamente ligado a una población asignada a un determinado servicio, es decir, tiene un componente territorial que queda en evidencia cuando se habla de accesibilidad geográfica. “*accesibilidad solo tiene sentido si usted tiene una población asignada. Porque por ejemplo, yo tengo una buena unidad aquí, pero la población de Formosa no puede llegar aquí. Por eso si usted no tiene una población asignada, no puede incluso hablar de accesibilidad. Entonces, siempre que se indague sobre accesibilidad se lo hará sobre una población asignada*”

Esta lógica territorial dista bastante de la realidad de la Argentina donde los sistemas de salud se han ido configurando no desde una lógica sanitaria sino mas bien ligado a distintas políticas sin continuidad y distintas necesidades de la descentralización en salud del Estado nacional.

La territorialidad a veces se establece por pertenencia a un municipio y ahí surgen otro tipo de problemas: las “políticas de alambrado” que también pueden constituirse ellas mismas en barreras de accesibilidad.

La accesibilidad constituye el extremo mas deseable de ingreso al sistema de salud, es decir el de la posibilidad de acceder, existe un extremo poco o nada deseable que serían las “barreras”. No se ha encontrado literatura sobre el tema que plantee algún otro gradiente, en general se define la accesibilidad y se pasa directamente a definir barreras.

Otra de las dimensiones de la accesibilidad es la Económica o Financiera. La definición es la siguiente: “*Pagos por atención, drogas y gastos de transporte (comparados con los salarios)*”. (ICAS, 2003) También se refieren de ésta manera: “*Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos*”. (Otero y Otero, 2003)

Hamilton (Hamilton G, 2001) expresa que el concepto de accesibilidad financiera se refiere a la proporción del gasto en salud cubierto por el sistema sanitario, es decir, expresa la protección financiera que permite liberar a los individuos del gasto de bolsillo. Es la disponibilidad de recursos financieros por parte de la población para solventar los gastos directos (medicamentos, aranceles, copagos, etc.) o indirectos (transporte, lucro cesante) que representa el cuidado de la salud.

La diferencia que plantea esta autora es que relaciona la accesibilidad financiera con el gasto público (GP) en salud y que a mayor nivel de GP en salud mayor accesibilidad ya que el GP en Salud tiene un “comprobado impacto redistributivo

Otra de las dimensiones clásicas, remite a la organización de los servicios, algunos la llaman accesibilidad organizacional, otros organizativa, otros burocrática, pero todos los autores revisados acuerdan con que se trata de la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema.

La cuarta dimensión, que es además la que mas interesa para desarrollar este trabajo, es la de Accesibilidad cultural. Hamilton (Hamilton, G. 2001) la define como “*los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que éstas imponen en el acceso a los servicios*” Otros autores la definen como “*Aceptabilidad de los servicios de salud por parte de grupos étnicos diferentes*” (ICAS, 2003). También se refieren a ella de ésta manera “*Posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales*”.

Los autores rastreados coinciden en poner como ejemplo de la posibilidad de accesibilidad cultural a la población indígena ya que la misma posee rasgos culturales distintos a los occidentales.

No se podría afirmar que en las sociedades occidentales u occidentalizadas, todos posean el mismo acervo cultural. Es mas, dentro de un mismo grupo social (clases) existen diferentes culturas. Si se piensa a la cultura como “el universo simbólico del sujeto” y que lo simbólico también expresa, de una forma mas visible la construcción multiterminada de la subjetividad, creería mas correcto utilizar el término de accesibilidad simbólica en vez de cultural.

Haciendo un breve conteo de los significantes que se utilizaron para definir a la accesibilidad cultural, podemos encontrar los siguientes: hábitos, prácticas, aceptabilidad, actitudes, creencias que posibilitan o no el acceso a un servicio. En este sentido se podría ir por fuera del modelo únicamente étnico para pensar que si una persona piensa, sabe, cree o se representa de una manera particular al sistema de salud y el acceso al

mismo, seguramente actuará, realizará prácticas, hábitos, etc, con alguna congruencia con esa forma de pensar.

En este sentido sus experiencias previas con los servicios de salud o experiencias vitales o de aprendizaje son clave para establecer este tipo de razonamientos.

Es por esta razón que se plantea que los Servicios de salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos.

2.3. El derecho a la atención de la salud desde sus múltiples interpretaciones

2.3.1 Paradigmas liberales y neoliberales

Los autores que, dentro de la corrientes liberal y su variante “neoliberal” desarrollan ideas con relación al derecho a la atención de la salud, se sitúan en dos posiciones fundamentales:

La Negación del Derecho

La primera expresa la negación del derecho. Dicha negación se sustenta en el principio liberal de autonomía *“Siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir con esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución”* (Nino, C.S. 1984).

Dentro de ésta línea se encuentra el filósofo contemporáneo R. Nozick, quien ha defendido un liberalismo e individualismo radical. La teoría de Nozick está basada en la idea de un estado mínimo, es decir una sociedad en la que el estado no interfiera en la vida de los ciudadanos mas que cuando ellos lo pidan o exista un conflicto entre partes, en este contexto plantea que es ilegítimo repartir bienes sociales ya que no le pertenecen al estado sino que son propiedad de quienes lo producen (Ferrater Mora, 1994 Tº 3). Dicho autor, de inspiración Lockean, plantea que los únicos derechos que el Estado está en condiciones de garantizar son los que el principio de autonomía permite legitimar, o sea, los derechos de no interferencia. (Vidiella G, 2000)

Dentro de ésta corriente, hay algunos autores que avanzan sobre el concepto de Derecho a la atención de la Salud. Dichos autores son: R. Sade y T. Engelhart y Ch. Fried.

Sade desarrolla una teoría del derecho basada en concepciones iusnaturalistas. El Derecho que considera inalienable es el derecho a la vida *“La salud es un bien de consumo como otros y debe estar regulada por el mercado libre....un Estado justo no debe instrumentar legislaciones que reglamenten la atención de la Salud..”* (Sade, R. 1971)

Engelhart también plantea la negación del derecho a la salud pero desde otros enunciados. El autor opina que los derechos que expresan reclamos hacia terceros (como en este caso) pertenecen a la esfera de la justicia, por lo tanto si se considera el derecho a la atención de la salud dentro de ésta línea se está estimando que la enfermedad es una injusticia. Sostiene el autor que considerarla así, tiene que ver con no conocer las leyes del azar en la vida de las personas, en tal sentido, la enfermedad no entraría dentro de esta categoría sino que sería parte de la falta de fortuna o resultado de lo que él mismo

llama: La lotería Natural. Dicho estado de infortunio no tendría por que dar lugar a un reclamo jurídico hacia terceros ya que corresponde a la esfera del azar. (Vidiella, 2000)

De estos principios se desprende la necesidad de considerar a la salud, no como derecho sino como un bien que uno debe adquirir voluntariamente. Estas teorías defienden fuertemente al mercado considerándolo como el mejor regulador ya que es el único que respeta la facultad de no ser interferido en la libre asociación.

La Tesis del mínimo decente: La restricción del Derecho

Ch. Fried comparte con los autores precedentes el mismo paradigma liberal en el desarrollo de su pensamiento con relación al Derecho a la Salud. Pese a esto se diferencia de los mismos en considerar que el Derecho a la atención de la salud debe estar garantizado por un mínimo decente de asistencia sanitaria (Fried, Ch, 1978)

Su tesis se basa en la noción de humanidad: “*La humanidad que compartimos se materializa en los frutos que producen las comunidades y que son manifestaciones de nuestra interdependencia: la lengua, la cultura, la seguridad, los productos del trabajo*”. De ello se infiere un derecho positivo fundamental a compartir equitativamente los limitados recursos de una sociedad, el resto de los derechos positivos, entre ellos el de la atención de la salud, se derivan de éste postulado. Si bien, de esta forma, sostiene la necesidad de la existencia de un derecho a la atención de la salud, el autor plantea que no cualquier plan de vida da lugar a una demanda legítima y en este punto coloca un tema con pocas definiciones en el campo de la salud: **la frontera entre deseo y necesidad**.

El autor plantea que algunas necesidades suelen ser voraces y pueden implicar demandas excesivas por lo tanto la salida que le encuentra a este tema pasa por la necesidad de garantizar un mínimo de prestaciones esenciales (mas cercanas a las necesidades básicas del individuo) y el resto de la atención (que para el autor estarían mas del lado o en la frontera difusa entre deseo y necesidad) quedaría a cargo del mercado.

Fried no especifica lo que entraría dentro del mínimo decente, solamente plantea que concentraría “lo necesario para una vida tolerable” pero tampoco se juega en definir el concepto de Vida tolerable sino que expresa que cada sociedad debe definirlo en función de el balance económico en términos de **costos beneficio** y una decisión sobre lo que la comunidad está dispuesta a gastar en materia de salud (Vidiella, G. 2000)

Otro autor que apoya la tesis del mínimo decente es Allen Buchanan pero la característica saliente es que no lo considera un derecho sino mas bien lo piensa como un acto de beneficencia al que define como “*un esfuerzo colectivo, de carácter obligatorio y coordinado por el Estado*” (Buchanan, A. 1984)

Este concepto del Mínimo Decente es el que se plantea en el Informe “Invertir en Salud” del Banco mundial cuando se realiza la división entre servicios clínicos esenciales y Servicios discrecionales (Banco Mundial, 1993) y la particularidad de que el estado cubra los servicios esenciales y se adquieran en el mercado los discrecionales. También la idea de el actual “Jefe de Asesores del Ministro de Salud”, F. Tobar en el contexto de la Crisis y Emergencia Sanitaria cuando se refiere a los seguros públicos provinciales “El seguro público tendrá la responsabilidad de brindar a sus beneficiarios una cobertura médica que debería aproximarse al PMO³. Sus prestadores conformarán un mix de servicios públicos de la red provincial y municipal junto a servicios privados”. El PMOE⁴

³ Programa Médico Obligatorio

⁴ Programa Médico Obligatorio de Emergencia

también tiene esa lógica para la cobertura de las obras sociales y el tan mentado comentario sobre seguros públicos de salud en la Argentina retoma estos postulados.

Se podría decir que la Tesis del Mínimo Decente también ha formado parte del pensamiento en Salud del Gobierno y sus “asesores internacionales” desde inicio de los 90 en Argentina.. (Tobar, 2002)

Concepciones éticas y de justicia latentes en estas afirmaciones

El origen liberal de las concepciones anteriormente descriptas está basado y fundamentado en que los autores desarrollan los conceptos de justicia a partir del principio de autonomía, propio de la corriente liberal.

El plantear tal derivación y alcance para el Derecho a la salud, exige la apelación a supuestos éticos que entrarían en consonancia con tales preceptos y que serían su fundamento justificatorio

No es casual que Locke, referente del liberalismo económico, haya sido un autor importante dentro de la corriente ética hedonista. La ética hedonista está basada en la tendencia a considerar que el placer es un bien, en muchos casos se ha estimado que el placer es el mayor bien (Ferrater Mora, 1994).

La ética hedonista es de evidente carácter individualista y persigue la búsqueda de placer individual sin fijar los límites del mismo. El principio de autonomía enuncia un sustrato hedonista al enunciarse como “siendo valiosa la libre elección individual.....”. En este sentido una teoría de justicia basada en dichos conceptos defenderá a ultranza derechos individuales y no así los colectivos.

También Locke plantea que la sociedad está fundada en derechos naturales tales como el derecho de existencia y el de propiedad (que es el que permite al hombre disponer de los bienes necesarios para su existencia y subsistencia). Este derecho a la propiedad tiene sus limitaciones, ya que a ningún otro miembro de la sociedad debe perjudicar la propiedad detentada por otros. (Ferrater Mora, 1994). De esta expresión negativa de derechos emana la idea de justificar la atención de la salud solo en el caso de que haya habido un estado de enfermedad a causa de terceros. Esta acción reparatoria individual, pareciera negar la circunstancia de las determinaciones sociales en la producción de las enfermedades.

En dichos cimientos se sostienen los principios de Equidad y justicia distributiva de la concepción de justicia liberal.

La corriente hedonista y los autores de la misma que se refieren al Derecho a la salud, no nombran entre sus temas a considerar el problema de la justicia distributiva ya que la intervención del Estado en la distribución de bienes sociales lesionaría el tan preservado principio de autonomía. Sade plantea que “Un estado justo no debe instrumentar ninguna legislación que reglamente la atención de la Salud” (Sade, R, 1971)

Dentro del pensamiento hedonista se incluyen los utilitaristas ingleses. Dicho término designa la “doctrina según la cual el valor supremo es el de la utilidad, es decir, la doctrina según la cual la proposición X es valioso, es considerada como sinonimia de la proposición X es útil” (Ferrater Mora, 1994).

J. Bentham es considerado el fundador y principal representante del Utilitarismo. Dicho autor formuló como primera ley de la ética, el llamado principio de interés, según el cual el hombre se rige siempre por sus propios intereses los cuales se manifiestan en la

busca del placer y en la evitación del dolor. (Rawls, J., 1993) El principio de interés es equivalente a un principio de la felicidad.

Sidgwick, otro autor que desarrolla esta doctrina, expresa que se cumple con la idea utilitarista cuando las instituciones más importantes de la sociedad están estructuradas de modo que obtienen el mayor balance neto de satisfacción distribuido entre todos los individuos pertenecientes a ella, entonces la sociedad está correctamente ordenada y es por tanto, justa. (Rawls, 1993).

No importa si en las particularidades del balance neto de satisfacción hay ganadores y perdedores, es decir, gente que se beneficia y gente que sufre, lo importante es el resultado con saldo positivo o sea con un beneficio para la mayoría.

El discurso del costo/beneficio descrito precedentemente en el discurso de los autores liberales que restringen el derecho a la atención de la salud pareciera provenir de ésta vertiente.

El utilitarismo presenta signos importantes de arbitrariedad ya que no define sobre que base o que justicia se definirá lo que es “bueno para la mayoría” dejando espacios vacíos para que sea utilizado por quienes detentan el poder estatal y manejan las instituciones de la sociedad.

El pensamiento utilitarista ha sido la base de los discursos neoliberales en salud en los últimos años sobretodo en lo que refiere a la distribución y alcances de la atención de la salud.

El Banco Mundial realiza estudios de costo/beneficio para justificar la aplicación de políticas, se plantea el esfuerzo de los pobres para pagar prestaciones que deben quedar por fuera de las que brinda el estado de forma gratuita con el objetivo de sanear estados que han sido saqueados por intereses de grupos económicos de gran envergadura, se respeta una atención mínima con el objetivo de poder llegar a cubrir necesidades de salud de la gran mayoría de la población.

2.3.2 Paradigmas igualitarios, Derechos universales

La Justicia según Rawls y Perelman

Para una mayor comprensión de los postulados sobre la teoría igualitaria, me limitaré a realizar una breve descripción de la teoría de John Rawls y de Chaim Perelman ya que son los autores mas importantes que abogan por la igualdad y universalidad de los derechos.

John Rawls se incluye dentro de la linea contractualista, es decir, plantea que una sociedad es una asociación de personas que reconocen ciertas normas obligatorias (pacto social) y que actúan de acuerdo a ellas. (Rawls, J, 1971).

Si bien se enmarca dentro de los teóricos del liberalismo y en este sentido el autor plantea que la libertad es el primer principio de una sociedad justa “Cada persona debe tener el mismo derecho al sistema total mas amplio de libertad básica, compatible con un sistema de libertad para todos” (Rawls, J, 1972), su esfuerzo por alcanzar la igualdad de condiciones para ejercer el derecho a elegir, lo ubica congruente con la lógica del paradigma benefactor. “El estado de bienestar consiste en un conjunto de instituciones públicas supuestamente destinadas a elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o

de la población en su conjunto y a reducir las diferencias sociales ocasionadas por el funcionamiento del mercado.... (Isuani; A. 1991)

Es decir, se lo reconoce como un autor igualitarista, es decir, la igualdad de oportunidades para todos los miembros de la sociedad, es un bien básico que sostiene a lo largo de su obra.

El autor se desliga de la tradición iusnaturalista y la concepción de justicia que él mismo elabora, la enmarca exclusivamente en el terreno de lo social, como producto de un pacto entre individuos. Percibe a la sociedad como un conjunto de individuos con intereses específicos y la cooperación social tiene por objetivo el bien común. Pero también expresa que hay conflicto de intereses ya que las personas no son indiferentes a como se repartirán en dicha sociedad, los bienes sociales.

Para recrear una situación de igualdad, imagina un momento inicial de pacto social al que llama “posición original”. Los principios que surjan de ésta posición regularán todos los acuerdos posteriores, especificarán los tipos de cooperación social que se pueden llevar a cabo y las formas de gobierno que pueden establecerse (Rawls, J; 1971). A este modo de considerar lo llama *Justicia como imparcialidad*.

Se entiende que la posición original, presenta a las partes como representantes de los ciudadanos libres e iguales y los presenta en un proceso que es el de escoger los principios de justicia que sean aplicables a la estructura básica de la sociedad, las partes que se juntan deben hacer el mayor esfuerzo en beneficio de los ciudadanos cuyos intereses básicos representan y estos intereses son específicamente los bienes primarios que satisfacen las necesidades básicas. (Rawls, J. 1999)

Los bienes primarios están definidos como “derechos y libertades fundamentales, oportunidades, ingreso y riqueza, y las bases sociales del respeto a si mismo” (Rawls, J. 1999)

Chaim Perelman plantea que la noción de justicia sugiere a todos inevitablemente la idea de una cierta igualdad (Ch, Perelman, 1964) “se puede por tanto definir la justicia formal y abstracta como un principio de acción de acuerdo con el cual los seres de una misma categoría esencial deben ser tratados de la misma manera” Siendo esta categoría esencial la noción de humanidad, queda clara la postura igualitaria del autor.

Recorre a la equidad como “una muleta de la justicia” (Ch, Perelman, 1964) y la misma consiste en una “tendencia a no tratar de manera demasiado desigual a los seres que forman parte de una misma categoría esencial”

Derechos igualitarios de cobertura universal

Norman Daniels, siguiendo la teoría Igualitaria de Rawls, expresa la necesidad de un derecho igualitario a la atención de la salud. En su opinión, la igualdad de oportunidades, contiene otro bien primario que es el derecho a la asistencia sanitaria.

Es decir, no es la salud un bien social primario sino la **oportunidad**, distribuida por el segundo principio de Rawls la que posee dicho status.

El autor considera como derecho a la justicia sanitaria a un derecho a una asistencia médica justa. Para llegar a pensar este concepto se requiere la definición de la “necesidad de asistencia” que para Daniels significa lo siguiente “todas aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie” (Daniels, 1985).

El problema que aquí queda en evidencia y que el autor no resuelve efectivamente es la definición de necesidad ya que la misma, no queda clara como para instrumentarla y puede ser entendida y pensada de diversas formas.

Daniels propone una lista de necesidades de salud: nutrición y abrigo adecuados, vivienda sanitaria e impoluta; ejercicio, descanso y otros rasgos de vida sana; servicios médicos preventivos, curativos y rehabilitativos; servicios personales y sociales no médicos (Daniels, N. en Vidiella G. 2000)

Dado que la obra de Daniels justifica el derecho a la Salud desde el segundo principio Rawlsiano (igualdad de oportunidades), es necesario mejorar las desigualdades provocadas por causa de enfermedad para ser coherentes con los principios de la posición original.

El sistema de salud, para Daniels, debe estar organizado para dar respuesta a las necesidades de salud de los individuos, necesidades que, cubiertas, le permitan acceder igualitariamente “a alcanzar el orden regular de los planes de vida que pudieran tener personas razonables” y ahí queda definida (no creo que tan claramente) para el autor la frontera entre necesidades y preferencias.

La idea de cobertura universal quedaría implícita en el principio de igualdad de oportunidad sin embargo, aclara Daniels que el sistema de salud solo puede proteger la oportunidad dentro de los límites impuestos por los recursos escasos y el nivel tecnológico alcanzado por cada sociedad particular (Daniels, N. 1988 en Vidiella G; 2000). Al aclarar esta situación se recae (a mi criterio) en el pensamiento de la economía neoclásica que plantea que hay que gastar restringidamente en salud ya que los recursos son escasos y con este justificativo se invisibiliza el acto político de distribución de recursos en los presupuestos nacionales.

Por lo tanto la teoría de Daniels es efectiva para pensar el acceso igualitario al sistema de salud y superar las posturas del “mínimo decente” pero hace agua al definir lo que considera una necesidad y establecer las barreras entre necesidades y preferencias. Tampoco quedan claras las acciones del estado para cumplimentar dicho derecho.

Graciela Vidiella ha desarrollado en su Tesis de Doctorado su postura con relación a este tema. Ella plantea que las necesidades en salud en un contexto donde el bien salud ha sido convertido, por el discurso y las prácticas hegemónicas en una mercancía, son difíciles de discernir ya que los mercados crean, en función de los intereses capitalistas, nuevas mercancías que tratan de introducirlas como necesarias. (Vidiella G; 2000)

En este contexto propone que “la defensa del Derecho igualitario a la salud implica abonar razones a favor de su exclusión del juego de mercado” (Vidiella G; 2000) Ahora esto solo es posible si se pudieran separar las necesidades de las preferencias. Que las necesidades sean derechos y las preferencias las cubra el mercado.

El derecho a la atención de la salud como derecho humano, igualitario y universal

Los derechos humanos se instalan mundialmente a partir de mediados de los ´40. “La guerra había terminado y los europeos se dieron cuenta de que la mejor solución para cerrar las heridas de la guerra era, precisamente, no cerrarlas e insistir en los derechos humanos para que no se repitiera lo sucedido con el nazismo y el holocausto” (Travieso J. A., 1996).

En 1945 se crea una Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, a la que se le confió la tarea de redactar una Carta Internacional de Derechos Humanos, definiendo los derechos y libertades mencionados en la Carta de las Naciones Unidas. La

primera parte de esa carta fue aprobada el 10 de diciembre de 1948 cuando la asamblea general adoptó por unanimidad la Declaración Universal de los Derechos Humanos como “una norma de aspiraciones comunes a todos los pueblos y a todas las naciones”. (Levin, 1981: 15)

El concepto de derecho humano, integra dos significados fundamentales: el primero plantea que el hombre, por el solo hecho de serlo, tiene derechos inherentes e inalienables. Se trata de “derechos Morales” que emanan de la condición humana (Levin, 1981). El segundo es el concepto de derechos establecidos por la ley en virtud del proceso de creación del derecho en la sociedad tanto nacional como internacional. El fundamento de estos derechos es el consenso de los sujetos de tales derechos. (Levin, 1981)

El derecho a la salud, parte de los Derechos Humanos, se inscribe dentro de lo que Th. Marshall considera el elemento social de la Ciudadanía. “por el elemento social, yo entiendo todo lo que va desde los derechos a un mínimo de bienestar económico y seguridad hasta el derecho de compartir el total de la herencia social y llevar la vida como ser civilizado, acorde con los patrones prevalentes en la sociedad” (Th. Marshall, 1965)⁵

El derecho a la salud no se encuentra directamente garantizado en ningún artículo de la Constitución Argentina, mas bien surge del 14 bis y 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, especialmente este último porque da “jerarquía constitucional” a algunos tratados que lo definen así: “Toda persona tiene derecho a que su salud, sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda, y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad”. (“Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre”, art. 11).

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” (“Declaración Universal de Derechos Humanos”, art. 25).

“Los Estados parte en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (“Pacto de Derechos Económicos, sociales y Culturales, art 12).

2.4 Discursos hallados con relación al derecho a la atención de la salud en la población entrevistada por debajo de la línea de pobreza del AMBA

Los discursos a analizar fueron tomados de entrevistas a mujeres adultas (en etapa de crianza de niños) de condición económica por “debajo de la línea de pobreza” que residen en el AMBA.

Ellas fueron encontradas en hospitales generales y Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la intención del trabajo no era específicamente rastrear este tema sino que era analizar la utilización de Servicios, y prácticas de cuidados de la salud de las mujeres pobres⁶. Por esta razón no se les preguntó directamente sobre este tema. Cuando se realizó el análisis del material, se hicieron notorios discursos con cierta congruencia con relación a la responsabilidad del cuidado de la salud que hicieron pensar nuevas hipótesis de trabajo. Debido a esto comenzamos a indagar específicamente el tema.

⁵ Traducción propia

⁶ Estos problemas se tratan en un Proyecto con financiación UBACyT y otro con financiación del IDRC – CIID desde 2000 hasta 2002.

Aclaro entonces que se tomaron para este trabajo 19 entrevistas de los dos proyectos anteriormente citados pero con el fin de rastrear fragmentos que sugieran nociones de Derechos.

Responsabilidad individual en el cuidado de la salud

Se ha observado en la mayoría de los discursos de las entrevistadas la existencia de un marco ideológico particular. Dicho marco, a veces difícilmente explicitable, denotaría la idea de que el cuidado de la salud le corresponde principalmente a las familias. Este concepto, entraría en contradicción con la idea de Derecho a la Atención de la Salud y la Responsabilidad del Estado para Garantizarlo.

Surgen en las entrevistas, con bastante frecuencia, comentarios de este tipo *"Cuando uno se enferma, supongo que es porque no se cuida, porque no cuida a los chicos...."*. *"Los padres son los responsables de la salud, del cuidado de la higiene, y también los médicos que están al servicio de las personas y atienden cuando vos los necesitás."*... *"los padres son los responsables de cuidar la salud de los chicos"*.... *"primeras responsables las familias, después los médicos"*.

Otra usuaria comenta sobre la larga espera para acceder a los profesionales *"Te atienden bien, quizás tenés que esperar bastante para que te atiendan, pero en realidad la culpa es de uno por la hora que te levantas, si te levantas temprano es más rápido. Ellos hacen lo que pueden."*

Una única usuaria plantea que *"como yo vivo en provincia el responsable de cuidar mi salud sería mi intendente, no el gobierno, el gobierno debe pasar su cuota mensual pero el responsable es mi intendente que no hizo nada por mi hospital"*. Esta misma usuaria que expresa una respuesta absolutamente discrepante con las anteriores, es la misma que, ante el deterioro del hospital de su zona, se ofrece a limpiarle los baños una vez por semana. Es decir, se hace cargo ella de una responsabilidad que, retóricamente, le concede al poder político.

La lógica indica que si se percibe que la responsabilidad es personal, el esfuerzo para poder garantizarla también tendría que ser personal. Estos pensamientos invisibilizan fácilmente al poder político que, en teoría, obra en nombre de una Constitución Nacional que garantiza dicho Derecho. Al quedar invisibilizados, se hace difícil apelar a ellos para ejercer lo que corresponde.

Tanto los ciudadanos como los Servicios de Salud construyen fragmentos de percepciones de derecho en la interacción entre ambos, por lo tanto, debiera constituirse en una gran responsabilidad, desde el lado de los servicios, el ofrecer un discurso coherente con las normativas constitucionales para ofrecer al ciudadano lo que le es propio.

Si seguimos analizando los conceptos llegamos a la conclusión de que el pago por la utilización de los servicios de salud sería un acto contradictorio con la garantía del derecho a la atención de la salud, tal como figura en nuestra Carta Magna, sin embargo, los usuarios perciben lo siguiente: *"a mi se me hace que lo cobran si o si, y a mi me da vergüenza si no tengo plata, no se si es a voluntad o que será yo fui una vez al Garrahan y decía que se cobraba bono pero yo como no tenía plata me fui"*.... *"pensé que el bono se pagaba y no entré, no tenía para el bono y que le iba a decir, no se como se manejaban ahí"*.... *"si no tenes dos pesos para pagar el bono te tratan mal. Uno no tiene la culpa si no tiene dos pesos. Ahí dice bono contribución pero es una obligación, si no tenes no te podes hacer el análisis, no te podes hacer aquello"* *"Dicen que el bono es voluntario pero en realidad te lo exigen, si no tenes te mandan a cooperadora a que te pongan un sello y te dicen "y como no tiene dos pesos", "no no tengo" le digo, si*

tuviere con eso me quedo en mi casa porque yo con dos pesos les daría de comer a las criaturas”....”Yo quisiera mostrarte la pila de boletas de análisis que no me las pude hacer porque no tenía ocho pesos, no tenía cinco pesos”

Es cierto que las percepciones de los usuarios no son la garantía de lo que se realiza en los servicios ya que las mismas se encuentran enraizadas con la historia particular de cada sujeto, sin embargo, es interesante de señalar la convergencia de opiniones con relación al pago del arancel o Bono de la cooperadora (que es muy importante la diferencia para el servicio pero tal vez no para el usuario) en algunos servicios de la Ciudad.

Podría decirse que no se pone en cuestionamiento el arancel, (*“pese a que tenemos Obra Social, tenemos que ir al hospital. En la clínica te cobran aparte, también tenés que pagar remedios. Prefiero el hospital, pago un bono pero me dan los remedios”*), sino mas bien que las usuarias no lo pagan porque en el momento no tienen dinero.

La sensación de vergüenza es la que domina cuando se cree que se debe pagar pero no se puede *“y a mi me da vergüenza si no tengo plata”*. Comenta una usuaria cuando explica su decisión de irse de un hospital de Buenos Aires porque vió un cartel que decía *“diez pesos”*. Otra usuaria argumenta ante la pérdida de su obra social y la necesidad de ir a atenderse a un Centro de Salud Municipal ... *“en los primeros tiempos me daba mucha vergüenza ir a pedir porque yo no estoy acostumbrada. No estaba acostumbrada a pedir gratis nada...”*.

En otros casos el cobro se expresa naturalizado: ante la pregunta sobre si le cobran en un hospital una usuaria responde *“no, nada, porque como no tengo obra social, y no tengo trabajo, por suerte los medicamentos me los dieron todos ahí...lo único que tuve que pagar fue la anestesia, tuve que pagar \$15”* .. Otra usuaria responde ante la pregunta sobre si tuvo que pagar *“No, cuando he podido si, he colaborado. Claro, he colaborado con la cajita pero pagar así no”*

Las usuarias diferencian muy bien cuando el cobro se trata de una colaboración hacia la institución (Ante una pregunta de si en el hospital le cobraban, una usuaria responde: *“no, te piden un bono de colaboración”*) y con unanimidad aprueban que, si tuvieran la posibilidad, colaborarían con el hospital *“no estoy obligada a pagar (el bono) porque es una colaboración. Me gustaría colaborar”*. *“Si tengo la plata yo lo pago. Pero no hay”*. *“cuando he podido si, he colaborado”* . Es decir, por lo menos desde el deseo del usuario entrevistado, existe el deber de colaborar. La colaboración es propia de las actividades de beneficencia, donde unos deciden lo que se debe hacer y otros, colaboran en esa decisión.

Es interesante observar que, la idea de beneficencia aparece en los discursos de las entrevistadas cuando se dirigen al hospital *“acá son buenos”*... *“me tratan bien”*. Se advierte con regularidad en las entrevistas el agradecimiento por lo que el hospital brinda a sus usuarios, poniendo de manifiesto que esto sería vivido como un don, como una gracia, por quien lo recibe: *“Este hospital es muy bueno. Hay que contar que recibe gente de muchos lados”*, *“tu vienes a la noche y nadie te dice nada. Podes sentarte ahí, tomar mate, y nadie te dice nada”*. *“Si, si venís temprano te atienden en el día, además es gratis, si necesitas medicamentos y no los puedes comprar te los dan gratis.”.... “No se puede cambiar mucho porque el país esta muy mal y hay que agradecer que hay un lugar gratuito para atenderse.”*. No surge de las entrevistas la idea de que el hospital se sostiene con los impuestos de los ciudadanos, o sea que indirectamente los ciudadanos pagan por la atención que reciben.

Un caso paradigmático en este sentido, lo constituye el relato de una de las entrevistadas, de condición muy humilde, que ganó la lotería y decidió donar ese dinero al hospital, como agradecimiento a la atención que le había dado desde hacía varios años. Agrega: *“Si tuviera mucha plata lo donaría todo (llora)”*.

Percepción de los Medicamentos como parte del Derecho a la Salud

Todas las entrevistadas, expresan en sus discursos, la dificultad para acceder a los medicamentos. Ninguna plantea la intervención de ningún mecanismo de participación ciudadana para interpelar al poder político para que se los garanticen. Mas bien, siguiendo con la hipótesis de que consideran al bien salud, mas del lado de la responsabilidad individual, surgen respuestas conformistas y expresan la necesidad de conseguirlos y las estrategias (individuales) para acceder a ellos.

Entre las respuestas conformistas, se encuentran las siguientes *“Y bueno medicación que hay te la dan y sino hay la tenes que comprar”...* *“Antes había trabajo, los medicamentos se podían comprar. Yo ahora lo siento mucho porque no tengo tanto trabajo, no hay ingresos como para decir que no me tenga que preocupar porque me falte o no para comprar remedios, me preocupa porque no me alcanza ni para comer”..... “como yo tampoco no trabajaba entonces no tenía con que comprarle los medicamentos, y por ese motivo tuvo problemas”* Es necesario aclarar que estas entrevistas fueron tomadas previamente a la implementación del nuevo “plan Remediar”.

La única mención a un programa de gobierno que brinda gratis los medicamentos fue expresada de la siguiente manera *“Ahora dicen que hay un teórico plan que van a dar los remedios”* haciendo referencia al Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación.

Entre las estrategias individuales para conseguir los remedios, comentan las siguientes: *“ y he pedido prestado. “Voy a tener que pedir plata prestada en el trabajo, después me lo descuentan pero así puedo comprar los medicamentos” “tenía una persona que trabajaba en el hospital Argerich y bueno y ella me lo consiguió, y no lo compré”. “si ellos lo tienen acá te lo dan, o sino te mandan a lugares que sí lo tienen, te mandan a una iglesia de Caritas”*. Otras usuarias dicen que se los dan en la salita *“voy a la salita y ahí me consiguen los remedios”* y otras aprovechan el sistema clientelar de algunos punteros barriales *“ y viste que ahora por las elecciones, quieren comprar a la gente y te ofrecen que dando la receta te los consiguen y bueno, lo aprovecho”*.

Una usuaria dice *“Yo pienso que el hospital te lo tiene que dar”* pero entre sus estrategias no figura la de exigirlos.

3. Conclusiones

El concepto de accesibilidad no ha sido objeto de un extenso desarrollo teórico, sino mas bien, ha sido utilizado sin definir sus alcances. Por esta razón es necesario definir lo que se entiende. En este sentido, como parte del marco de interpretación de dicha investigación, y a partir de la lectura de algunos autores (Azevedo (2001), (Hamilton G. 2001) (ICAS - Instituto Centroamericano de la Salud 2003) (Otero y Otero. 2003) se propone definir la accesibilidad como el vínculo que construyen los servicios de salud y la población. (Stolkiner y Otros, 2000). Queda claro que en el concepto se articulan dos actores: los Sistemas de Salud y los sujetos.

Es necesario por lo tanto, para analizar la accesibilidad, no solo lo que los servicios ofrecen a la población sino también lo que la población argumenta sobre los servicios. En este sentido la accesibilidad simbólica, sería fundamental ya que la misma, definida como la *Posibilidad de uso de un servicio de salud, derivada por actitudes originadas en construcciones simbólicas particulares de los sujetos*, (Definición propia) sería la que podría propiciar o impedir el encuentro entre los servicios y la población potencialmente usuaria.

Cuando se habla de Servicios, queda implícita la concepción multideterminada de los mismos ya que ellos son resultado de lineamientos y acciones políticas, negociaciones entre actores, administraciones y saberes y prácticas de los efectores. Cuando se habla de sujetos también se hace referencia a la constitución multidimensional de los mismos.

Por lo tanto si se vuelven hegemonicos algunos discursos por sobre otros, tanto en los servicios como en la vida cotidiana de los sujetos, estos mismos, tenderán a modelizar determinados tipos de prácticas.

El discurso hegemónico dentro del Sector Salud durante los años 90 estuvo bastante orientado en plantear al bien Salud como un bien de consumo y la necesidad de los sujetos de poder “elegir” la salud que se les ofrece. (Sin garantía del Estado en el Derecho)

Para las poblaciones sin recursos quedaban los programas focalizados con un mínimo de prestaciones sin cargo (restringidas). (Banco Mundial, 1993)

Estas ideas constituyen el marco mas general de las Reformas en América Latina, el que, después de sucesivas “negociaciones” con los actores locales del Sector, dió por resultado variadas formas de implementación.

Estos postulados son congruentes con el principio liberal de autonomía que los Autores liberales retoman para justificar ya sea la negación del Derecho a la Salud o la Tesis de otorgar un mínimo decente de Asistencia Sanitaria (Sade, R, 1971) (Buchanan, A. 1984) (Fried, Ch, 1978) (Nino, C.S.1984) (Vidiella, 2000)

El Programa Médico Obligatorio conlleva el concepto del Mínimo Decente. Esta Tesis es la que se desliza, en el Informe del Banco Mundial, cuando se plantea la división entre servicios clínicos esenciales y Servicios discrecionales (Banco Mundial, 1993) y la particularidad de que el estado cubra los servicios esenciales y se adquieran en el mercado los discrecionales.

También otros actores de Gobiernos actuales y anteriores en nuestro país, la han utilizado para delinear el alcance del Derecho. (Tobar, 2002)

El origen liberal de las concepciones anteriormente descriptas está basado y fundamentado en que los autores desarrollan los conceptos de justicia a partir del principio de autonomía, propio de la corriente liberal. (Nino, C.S.1984) (Nozick. R, 1991)

Dichas concepciones derivan de principios éticos relacionados con el Hedonismo y el Utilitarismo y están basadas en principios tales como placer y utilidad individual. (Stuart Mill J, 1863) (Ferrater Mora, Tº III 1994) (Ferrater Mora, Tº IV, 1994) (Bentham J, 1789)

Las concepciones que remarcan la igualdad de Derecho y la Universalidad de la cobertura tendrían mas que ver con principios mas colectivos; como plantea Rawls la igualdad de oportunidades para todos, o como plantea Perelman la Equidad y la Justicia distributiva. (Perelman Ch., 1964) (Rawls J. 1993) (Rawls J, 1999)

Estos postulados tienen una mayor semejanza con algunos de los principios de los Estados mas proteccionistas y/o benefactores y estarían mas en la línea de la idea de Ciudadano (Th. Marshall, 1965)⁷.

Dentro de los teóricos del Derecho a la Salud, Daniels es quien desarrolla una teoría derivada de dichos principios. (poco consistente) (Daniels, N: 1985) (Vidiella G: 2000)

Estas posiciones, desde la retórica, no formaron parte de las políticas de salud de los años 90, sin embargo en la Constitución Nacional Argentina son las que se evocan con la adhesión a pactos Internacionales. (Constitución Nacional Arg. Art. 14 bis) (Declaración universal de los Derechos humanos, 1948)

Coherentemente con lo anterior se ha observado en la mayoría de los discursos de las entrevistadas la existencia de un marco ideológico mayormente ligado a la idea de Responsabilidad individual que de Responsabilidad Colectiva o Estatal en lo que atañe al Cuidado de la Salud.

Esto tanto cuando se hace referencia al cuidado como cuando se refiere al acceso a los servicios y a la posibilidad de cobro de arancel para acceder o a la necesidad de colaboración económica o de trabajo para mantenerlos.

Las usuarias entrevistadas no visibilizan con facilidad el criterio de Garantizar un Derecho cuando el Estado subsidia la oferta de servicios sino mas bien se lo piensa como un acto de bondad hacia ellas.

Si bien es cierto que las percepciones de los usuarios no son la garantía de lo que se realiza en los servicios ya que las mismas se encuentran enraizadas con la historia particular de cada sujeto, sin embargo, es interesante de señalar la convergencia de opiniones que las mismas fueron comentando con relación a ideas generales sobre la utilización de Servicios y las condiciones para el uso.

Se podría concluir que los discursos hegemónicos con relación al alcance del Derecho a la atención de la Salud tienen cierta congruencia con los saberes y actitudes de las mujeres sin recursos que residen en el AMBA y que fueron entrevistadas.

Por lo tanto, el concepto ligado con la responsabilidad individual en el cuidado tanto personal como institucional de la salud de las usuarias entrevistadas y su grupo familiar podría constituirse en una barrera de accesibilidad simbólica a los servicios, en tanto, desde la Normativa Nacional se expresa una idea mas relacionada con el acceso igualitario, gratuito y universal.

⁷ Traducción propia

Bibliografía

Banco Mundial: *Invertir en Salud* Informe sobre Desarrollo Mundial 1993 – Washington DC 1993.

Bentham J, 1789: *An introduction to the Principles of Morals and Legislation*, 1789, nueva ed. 1982 por Burns y Hart

Bourdieu Pierre y Wacquant L J D,(1995): *Respuestas por una antropología reflexiva*, Ed. Grijalbo, México.

Buchanan, A. 1984 “The Right to Decent Minimum of Health Care” *Philosophy and Public Affairs* Vol. 13, 1984

Constitución de la Nación Argentina, 1994

Daniels, N: *Health Care*, Cambridge University Press, 1985

Declaración universal de los Derechos humanos, París 1948

Ferrater Mora, J: *Diccionario de Filosofía* Tº III Ed. Ariel, Barcelona – 1994.

_____ : *Diccionario de Filosofía* Tº IV Ed. Ariel, Barcelona – 1994.

Fried, Ch.: *Rights and wrong* – Harvard University Press, Cambridge, 1978

Hamilton G. (2001): *Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos* – Publicado en : <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.

ICAS - Instituto Centroamericano de la Salud (2003): *Mejorando los problemas Técnicos y Gerenciales. Modelo de Garantía de Calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación* Publicado en: <http://www.icas.net/modulo4.htm> 10 de junio de 2003.

Isuani, 1991:10: “Bismark o Keynes: Quien es el culpable. Notas sobre la crisis de acumulación” en *El Estado benefactor. Un paradigma en crisis*. Ciepp- Ed. Miño y Dávila, Buenos Aires, 1991

Levin, 1981: *Derechos Humanos. Preguntas y respuestas*. Ediciones de la UNESCO. París, 1981

Lo Vuolo R, 1991 : “Economía política del Estado de Bienestar” en en *El Estado benefactor. Un paradigma en crisis*. Ciepp- Ed. Miño y Dávila, Buenos Aires, 1991

Llambías J: *Tratado de Derecho Civil* parte General – Tomo 1. Ed Perrot. Buenos Aires, 1960)

Marshall TH: *Class, Citizenship and social development*. Anchor Books Edition, USA , 1965

Nino, C.S.1984 en Vidiella G. *El derecho a la Salud* - Eudeba - Bs. As. 2000.

Nozick, R: *anarquía, Estado y Utopía*, FCE, Bs. As 1991

Otero y Otero. (2003): *Glosario de Términos de Auditoría en Salud* en <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 2003

Perelman Ch.: *De la Justicia*. Cuaderno 14 – Centro de Estudios filosóficos – Universidad autónoma de México – México 1964

PNUD (1997): *Informe sobre Desarrollo Humano*. Edición 1997

Rawls J. 1971: *Teoría de la Justicia*, FCE México, 1993

_____: 1999 *El derecho de Gentes y “una revisión de la idea de razón pública”*. Ed Paidós. Barcelona

Sade, R: “Medical care as a Right: a Refutation” en *New England Journal of Medicine*, no 285. Dic. 1971

Stolkiner y Otros, (2000): “Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso” del libro “La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales”, Ed. Dunken . Buenos Aires, 2000.

Stuart Mill J, 1863 *Utilitarianism* citado en el Diccionario de Filosofía, Tomo III Ferrater Mora. Ed. Ariel, Barcelona – 1994.

Tobar, F(2002): Como curar al Sistema de Salud Argentino. Documento de Internet en www.msal.gov.ar (14 -3-02)

Travieso J. A.: *Los Derechos humanos en la constitución de la república Argentina*. Buenos Aires, Eudeba, 1996

Vidiella G: *El derecho a la Salud* Ed Eudeba, Buenos Aires, 2000